試述《傷寒論》方加減

Discussion on the addition and subtraction of the formulae in the book "Treatise on Cold Attack"

蔡昕宏　*TSOI Yan Wang*

（香港中文大學中醫學院）

[摘要] 結合《神農本草經》、《本經疏證》研究仲景方後加減法之本意，以加深對藥物的認識，擴大經方的臨床運用。

[關鍵詞] 傷寒論；方後加減；神農本草經：本經疏證

《本草思辨錄》：「讀仲聖書而不先辨本草，猶航斷港絕潢而望至於海也。夫辨本草者，醫學之始基」。《針灸甲乙經》：「伊尹以亞聖之才，撰用《神農本草》以為《湯液》……仲景論廣伊尹《湯液》為數十卷，用之多驗。」《傷寒論》的理法方藥奠定了中醫辨證論治的基礎，雖只113方92味藥，然法度嚴謹，藥專力宏，其加減之精妙，用之效如桴鼓。經方以組方嚴謹，靈活多變見長，研究其加減法，或可一窺仲景組方原則之門徑。《傷寒論》中，在方後逐一進行加減的有六條條文：小青龍湯、小柴胡湯、真武湯、通脈四逆湯、四逆散、理中丸。

1　傷寒表不解，心下有水氣，乾嘔，發熱而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹滿，或喘者，小青龍湯主之。

1.1 若渴，去半夏，加栝樓根三兩。口渴與否，反映體內津液的盛衰和輸佈情況，為一重要的鑑別症狀。《本經》：「半夏，味辛，平。主傷寒寒熱，心下堅，下氣，喉咽腫痛，頭眩，胸脹，咳逆，腸鳴，止汗」。《本經疏證》：「半夏味辛氣平，體滑性燥；辛取其開結，平取其止逆，滑取其入陰，燥取其助陽，而生於陽長之會，成於陰生之交，故能使人身正氣自陽入陰，而不使邪氣自陽入陰……半夏非能散也，陰不格陽，陽和而氣布矣；半夏非能降也，陽能入陰，陰和則飲不停矣。」陽和氣布，陰和飲不停，則陽入於陰，水與氣不會互結，此為半夏之用。引致口渴的病機，包括熱熾陽明、陰虛津少、水飲內停、濕熱鬱蒸、瘀血阻滯、陽氣虛損和熱入營血。水氣互結不會引起渴的症狀，且半夏辛而燥津液，所以去掉半夏。這也可以推論出，見渴者皆不用半夏。辛燥而苦潤，栝樓根味苦而生津液，故加之。

1.2 若微利，去麻黃，加蕘花，如一雞子，熬令赤色。在《傷寒論》、《金匱要略》中，下利多指大便異常，以大便次數增多，便質稀溏為基本特徵的一類病證，包括泄瀉、痢疾、霍亂。《本經》：「蕘花，味苦，寒。主傷寒，溫瘧，下十二水，破積聚、大堅、癥瘕，蕩滌腸胃中留癖、飲食，寒熱、邪氣，利水道。」小青龍湯證兼微利，其本為風寒，標已化水，風寒雖仍在外，水飲則已內連，若只發其外，則在外之風寒剛散，內連之水氣必隨出於表，水入經隧而為脹滿，麻黃發其陽，必作利。之所以用蕘花，因其有下氣、行水、破飲食積聚、利水道的作用，水去則利止。

1.3 若噎者，去麻黃，加附子一枚，炮。噎，指咽喉部有梗阻不暢感覺或進食時氣逆噎塞，歷來被視為重危病候，但與仲景的「噎」有所不同。這裡指水飲內停，上壅肺胃通道，阻礙氣機而噎，此為兼證，當以飲為主證。陰氣盛而陽自困，若以麻黃發汗，內寒更甚，故加附子以伸陽，溫散水寒。

1.4 若小便不利、少腹滿者，去麻黃，加茯苓四兩。茯苓在《傷寒論》中的使用頻率為15次，「味甘，平。主胸脅逆氣，憂恚，驚邪，恐悸，心下結痛，寒熱，煩滿，咳逆，口焦，舌乾，利小便」，其利小便的功能，《本經》已經說得很清楚，因純以氣為用，故其治皆以水為事。雖麻黃亦治因水阻氣，但麻黃治水，就其在上，橫開毛竅以驅之，今水滿於少腹，自當就其在下，引停蓄水氣從小便而出，此乃因勢利導。

1.5 若喘者，去麻黃，加杏仁半升，去皮尖。《金匱要略》：「其人形腫，故不內麻黃，內杏子。以麻黃

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

發其陽故也。喘呼形腫，水氣標本之疾」。其人形腫，血虛也，因氣乘血絡之虛，襲而入之，遂為腫也；喘為腫之根，腫為喘之漸。血虛者，不得再發其陽，故去麻黃。盧子繇謂：「杏為心果，心主脈，故杏有脈絡」。杏仁有通脈絡之氣的功用，故能治氣入血絡，壅腫而不能外達之喘。現代醫學有分肺源性與心源性哮喘，平喘肺源性可用麻黃，心源性可用杏仁，仲景雖無此概念，但他仍可精準用藥。

2. 傷寒五六日中風，往來寒熱，胸脅苦滿，嘿嘿不欲飲食，心煩喜嘔，或胸中煩而不嘔，或渴，或腹中痛，或脅下痞鞕，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微熱，或咳者，小柴胡湯主之。

2.1 若胸中煩而不嘔者，去半夏、人參，加栝蔞實一枚。胸中煩而不嘔，熱聚而氣不逆也。人參，表未解者不用，裏未虛者不用。煩者，邪聚於上，嘔者，邪得泄越，虛實不明，故不用人參。辛散逆氣，既不嘔，無用半夏之辛溫。同一小柴胡湯證，煩者加栝蔞實去人參，渴者加栝蔞根更加人參。《本經》中，栝蔞不分根、實，「味苦，寒。主消渴，身熱，煩滿，大熱，補虛，安中，續絕傷」。《名醫別錄》遂有根、實之分。盧子繇曰：「氣味苦寒，能治火熱；體質濡潤，能治燥乾涸。故或因液燥涸致熱結聚，或因熱結聚致液燥涸，而身熱、煩滿，遂成消渴者，悉宜用之。胸中者，熱搏則煩滿；筋絡者，燥涸則斷絕。熱搏者，熱却則中安；燥涸者，濡潤則連續。究之，卻熱潤燥，皆益液之功，故安中、續絕傷必歸本於補虛矣。」草木之根，其性上行，實則性下降；是以根能啟陰氣上滋，實能導痰膩下降，以泄胸中蘊熱。

2.2 若渴，去半夏 ，加人參合前成四兩半、栝蔞根四兩。栝蔞根入土最深，且久在土中，生氣不竭，而味苦性寒，合於脾臟之德。其止渴也，則所謂「脾氣散精，上歸於肺」。凡物之陰者，喜高燥而惡卑濕；凡物之陽者，喜陰翳而惡明爽。人參不生濕污下而生山谷，生於樹下而不喜風日，是為陰中之陽。津為水，屬陰也，能外達上通，則陽矣，亦是陰中之陽。人參能入陰補陰，使人陰中之氣化為津，不化為火，此非栝蔞根可以力矣。

2.3 若腹中痛者，去黃芩，加芍藥三兩。仲景治腹滿痛、腹痛、繞臍痛、少腹絞痛有使用寒藥，但腹中痛必無中熱，所以去黃芩。《本經》：「芍藥，味苦，平。主邪氣腹痛，除血痹，破堅積、寒熱、疝瘕，止痛，利小便，益氣」。芍藥十月生芽，三月放花，破陰寒凝冱而出，乘陽氣全盛而榮，所以能破陰凝、布陽和，因為陰氣結則陽不能入，陰結破則陽氣可布。芍藥所治療的腹痛便是因為陰氣結，陽氣不布所引起的。陽盛則脈促，陰盛則脈弦澀，脈象也是一個使用是否使用芍藥的指標。

2.4 若脅下痞鞕，去大棗，加牡蠣四兩。《本經》指大棗主心腹邪氣，而不是主脅下邪氣，且甘令人中滿痞，故去棗。痞滿，陽邪也；痞鞕，陰邪也；胸中，陽位也；脅下，陰位也。陰邪踞陽位，應以體陰性動者輔以祛邪；陰邪踞陰位，則當以體陽性靜者治之。牡蠣即屬體陽性靜之物，且味鹹，鹹以軟之。

2.5 若心下悸、小便不利者，去黃芩，加茯苓四兩。黃芩治因熱生濕，然濕能使心下悸、小便不利，則有形矣；另黃芩味苦，苦味堅腎，則水益堅；故不用黃芩，易茯苓，直下已化之水。

2.6 若不渴、外有微熱者，去人參，加桂枝三兩，溫覆微汗愈。不渴，裏和也，故去人參。桂枝功用有六，和營、通陽、利水、下氣、行瘀、補中，此處便是用其和營之功。

2.7 若咳者，去人參、大棗、生薑，加五味子半升、乾薑二兩。六淫外感，臟腑內傷，皆可引起咳嗽。「脾氣散精，上歸於肺」，咳雖肺病，其源實主於脾，如脾所散上歸之精不清，則肺通調水道之令不肅。後人治咳但知潤肺、消痰，殊不知潤肺則肺愈不清，消痰則僅能治脾，於留肺者究無益也。乾薑溫脾肺，是治咳之來路，來路清則咳之源絕矣。五味使肺氣下歸於腎，是開咳之去路，去路清則氣肅降矣。合此此兩物，則為一開一闔，兼咳者皆可用，無分表裏。猶有未盡者，則用五味不用乾薑，因五味治在上之痰，乾薑治在中之水飲。咳者，氣逆也，甘則壅氣，故去人參、大棗。但根據臨床經驗，個人認為少陽咳嗽使用小柴胡湯原方，效果也是不錯的。

3 少陰病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此為有水氣。其

台灣醫療中醫學會 版權所有 Copyright TTCM All Rights Reserved

人或咳，或小便利，或下利，或嘔者，真武湯主之。

3.1 苦咳者，加五味子半升、細辛、乾薑一兩。《傷寒論》見咳，總加五味子、乾薑。細辛能提出依附津液之風寒，但不能使津液復常，且不能使津液中氣不隨提曳而出，故治咳每與五味子、乾薑為伍。然細辛味辛，性溫，挾熱者，不可用矣。

3.2 若小便利者，去茯苓。真武湯的病機是坎中之陽不能鎮攝水氣，並不是水道不利致病，水氣不止在直道中，還在腹部、四肢，上為咳逆，下為小便不利。現小便已利，若仍用茯苓，則於橫溢上逆之水氣無益，反而足以耗傷直道之津液，故去之。

3.3 若下利者，去芍藥，加乾薑二兩。古代芍藥味苦不酸，主要功能，非但不收斂，而以苦泄為主。芍藥甘草湯服後「其腳即伸」，便因其破陰結布陽氣。桂枝湯原本發汗力量不強，需啜熱粥，溫覆以助藥力，何需酸斂以防發散太過？芍藥有通降苦泄的功能，既利而水氣行，腹痛止，則不必再用芍藥。《本經》：「乾薑，味辛，溫。主胸滿，咳逆上氣，溫中，止血，出汗，逐風濕痹，腸澼，下利」。加乾薑，便是因其溫中止利的作用。

3.4 若嘔者，去附子，加生薑，足前為半斤。嘔病必胃中有火，宜散不宜行，故去附子。我們都知道生薑是「止嘔聖藥」，在《本經》中沒有薑止嘔的記載，在《別錄》才指出了生薑止嘔的功效。

4 少陰病，下利清穀，裏寒外熱，手足厥逆，脈微欲絕，身反不惡寒，其人面色赤，或腹痛，或乾嘔，或咽痛，或利止脈不出者，通脈四逆湯主之。

4.1 面色赤者，加蔥九莖。面赤，陽雖未盡，然已離根浮於外。蔥的生存能力很強，只要放置在陰涼處，便不會爛掉，臨風日也不會完全枯萎，寸根著土便又森然。生氣皆陽氣，死氣皆陰氣，蔥能於死陰中得到一線生陽，培種微陽，故用之。

4.2 腹中痛者，去蔥，加芍藥二兩。陰結腹痛，以芍藥破陰布陽，比以蔥培陽更加容易。

4.3 嘔者，加生薑二兩。生薑得夏氣多，功主橫散，橫散則上逆無力；乾薑得秋氣多，功兼收斂，收斂則氣不四馳。仲景用乾薑與生薑止嘔各十餘方，此處乾薑生薑共用，加強止嘔力量。

4.4 咽痛者，去芍藥，加桔梗一兩。利止腹痛已，則不用芍藥。肺竅不利，氣不宣泄，則咽痛，桔梗開肺，氣得宣泄，則熱自透達。

4.5 利止脈不出者，去桔梗，加人參二兩。《本經》：「主胸脅痛如刀刺，腹滿腸鳴幽幽」。桔梗開陽結，亦止腹痛下利；現結開利止，正氣虛弱，不可再用開泄，乃用人參以補肺。

5 少陰病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。

5.1 咳者，加五味子、乾薑各五分，並主下利。乾薑散肺寒，五味子收逆氣，以治咳嗽。肺與大腸相表裏，上咳下利，治則頗同，另乾薑亦主下利。

5.2 悸者，加桂枝五分。仲景用桂枝治心中悸，悸自心中自動者，心液虛也，心陽不振，故以桂枝溫振心陽，與甘草辛甘通陽。

5.3 小便不利者，加茯苓五分。水不下行，則必上壅，以茯苓直竭其源。

5.4 腹中痛者，加附子一枚，炮令坼。此腹痛為風寒所致，附子治風寒，並不是直治風寒，陽氣不榮，風寒侵侮，振奮陽氣則風寒自退。

5.5 泄利下重者，先以水五升，煮薤白三升，煮取三升，去滓，以散三方寸匕，內湯中，煮取一升半，分溫再服。薤白，味辛，溫，現多用於治療胸痺。四逆本為脾胃中陰寒凝結，不能布陽氣於四末所致，屬少陰病。四逆泄利下重，究其下焦有熱，下焦之熱隨泄而不能和中焦之寒，中焦之寒不能濟下焦之熱，其間必有結滯在腸胃中，使陰陽隔蔽，不能相通。四逆散中，柴胡疏腸胃中結滯，芍藥開陰結、布陽氣，加上甘草之和、枳實之破，本應不患結滯不去，中下不交，但陰陽相拒，未必即能相洽。薤白除有滑泄之性，其辛溫開解之功，使陽得以納陰，陰可入陽，又去

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

其所附風寒，則陽氣亦伸。胸痺之用薤白，因其滑利通陽；泄利下重之用薤白，因其滑可去著。

6 霍亂，頭痛發熱，身疼痛，熱多欲飲水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之。

6.1 若臍上築者，腎氣動也，去朮，加桂四兩。此乃腎虛水寒，衝氣上逆所致。白朮補土健脾，土能防水，但只能防其下泄，不能防其上湧。白朮只能使在中之水氣化，桂枝則能使在下之水氣化，故能泄奔豚。

6.2 吐多者，去朮，加生薑三兩。同為霍亂嘔吐，五苓散不去朮，為何理中丸去朮？因五苓散證「欲飲水」；理中丸證「不用水」，不渴，故不用白朮益津液之功，與下文「渴欲得水者，加朮」相呼應。白朮能舉脾之陷，不能定胃之逆，故去之，易生薑加強止嘔之力。

6.3 下多者，還用朮。脾虛則濕勝而不運，濕困則使大便不實；健脾制水，使水能下輸膀胱而大便實。

6.4 悸者，加茯苓二兩。此為心下悸，他處動而連及心者，水飲也，故以茯苓泄之。

6.5 渴欲得水者，加朮，足前成四兩半。《別錄》有白朮「益津液」的記載，其止渴功能體現在「脾氣散精，上歸於肺」上。

6.6 腹中痛者，加人參，足前成四兩半。此是因為氣虛甚，氣化不行，腸道氣血失於濡潤所致的虛痛。這便是《本經》中所謂人參「除邪氣」的功效。

6.7 寒者，加乾薑，足前成四兩半。乾薑味辛氣溫，加量加強其溫中補虛、驅寒的功用。

6.8 腹滿者，去朮，加附子一枚。白朮能治脾胃之虛，不能治脾胃之實。附子治腹滿，並非直接治滿，濁氣上則脹，是陰逆而非氣盛，故「益火之源，以消陰翳」。

仲景治渴多去半夏，喜用人參、天花粉；治咳喜用乾薑、五味子；以茯苓利小便；心中悸用桂枝，心下悸用茯苓；治腹痛一症三藥，芍藥、附子、人參；以蕘花、乾薑、薤白、白朮治利；以乾薑、生薑止嘔等。或症同而治異，或藥同而治異，用藥之精，叫人嘆為觀止。凡此種種，雖歸納出一些《傷寒論》的用藥規律，但也要在辨證論治、確立病機的大前提下，進行加減。

《神農本草經》所載藥物，至今有大部分仍在使用中。「地黃，味甘、寒。主折跌，絕筋，傷中，逐血痹，填骨髓，長肌肉」。地黃長肌肉的作用，歷代本草均少有記載，現代科研實踐證明，地黃確有生肌的功能，《本經》所載藥物功用，還有些有待開發。

現代人的思路與古時相去甚遠，我們學習中藥方劑，都是按教材中功能、主治這樣，有條不紊地學習。這樣為我們打下了基礎，但古人從植物的生態、自然萬物規律等，應用於方藥之中，這種思維，又讓人見到了不同的天地。

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

參考資料：

1. 柯雪帆.傷寒論選讀.上海：上海科技出版社，2003
2. 鄒澍.本經疏證.北京：學苑出版社，2009
3. 成無己.注解傷寒論.北京：人民軍醫出版社，2005
4. 李家庚.張仲景症狀學.北京：中國醫藥科技出版社，2005年
5. 雷永華.從《傷寒論》方後加減談仲景對證用藥規律.河南：河南中醫學院，2007年
6. 張葦航，何新慧.試論《傷寒論》對《神農本草經》藥物學的繼承和發展.上海：上海中醫藥大學
7. 曲夷，李賽美.《傷寒論》原文闡釋方法例析.中醫藥通報，2009年

（編委：劉碧鳳審校 2021.10.18）